

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

213

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Etude anatomo-clinique
du
Sarcome en grappe du col
de
l'utérus

PAR

Paul PLET

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Interne de l'hôpital Saint-Joseph

Président : **M. LECÈNE**, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1922

215

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

812

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR
LE DOCTORAT EN MEDECINE

Etude anatomo-clinique
du
Sarcome en grappe du col
de
l'utérus



PAR

Paul PLET

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Interne de l'hôpital Saint-Joseph

Président : **M. LECÈNE**, Professeur

PARIS
AMEDEE LEGRAND, EDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1922

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN :

PROFESSEURS :

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale
 Physiologie
 Chimie organique et chimie médicale
 Chimie organique et chimie générale
 Bactériologie
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale
 Pathologie et Thérapeutique générale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecin légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-
 céphale
 Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies contagieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique des maladies des voies urinaires

Clinique d'accouchement

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile
 Clinique thérapeutique
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale

M. ROGER

MM.

NICOLAS
 CUNEO
 Ch. RICHET
 André BROCCA
 DESGREZ
 BEZANÇON
 BRUMPT
 Marcel LABBE
 RENON
 LECENE
 LETULLE
 PRENANT
 POUCHET
 CARNOT
 Léon BERNARD
 BALTHAZARD
 MENETRIER
 ROGER
 ACHARD
 WIDAL
 GILBERT
 CHAUFFARD
 MARFAN
 NOBECOURT

X.

JEANSELME
 Pierre MARIE
 TEISSIER
 DELBET
 LEJARS
 HARTMANN
 GOSSET
 DE LAPERSONNÉ
 LEGUEU
 BAR
 COUVELAIRE
 BRINDEAU
 J. L. FAURE
 Auguste BROCA
 VAQUEZ
 SEBILEAU
 DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.
 ABRAMI
 ALGLAVE
 BASSET
 BAUDOIN
 BLANCHETIERI
 BRANCA
 CAMUS
 CHAMPY
 CHEVASSU
 CHIRAY
 CLERC
 DEBRE
 DESMARET

DUVOIR
 FIESSEINGER
 GARNIER
 GOUGEROT
 GREGOIRE
 GUENIOT
 GUILLAIN
 GUILLEMINOT
 HEINTZ-BOYER
 JOYEUX
 LABBE (Henri)
 RIGNEL
 LANGLOIS

LARDENNOIS
 LE LORIER
 LEMIERRE
 LEQUEUX
 LEREBoullet
 LERI
 LEVY-SOLAL
 MATHIEU
 METZGER
 MOCQUOT
 MULON
 OKINCZYC
 PHILIBERT

RATHERY
 RETTERER
 RIBIERRE
 RICHAUD
 ROUSSY
 ROUVIERE
 SCHWARTZ (A)
 TANON
 TERRIEN
 TIFFENEAU
 VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MA MERE

A MON PERE

*Dont l'inlassable dévouement
aux malades, le savoir et la
probité professionnels me
montrent les devoirs du
Médecin.*

*Qu'il me soit permis de lui té-
moigner l'expression de ma
filiale reconnaissance, et de
ma bien vive affection.*

A M. LE PROFESSEUR LECENE

*Professeur de Pathologie chirurgicale
Qui a bien voulu nous faire le
grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE LILLE
MM. LES PROFESSEURS LAMBRET
COMBEMALLE (1911-1913) et DUBAR (1911-1913)

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

M. LE DOCTEUR LESNE (stage 1913)

M. LE PROFESSEUR KIRMISSON (externat 1914)

M. LE DOCTEUR GANDY (externat 1919)

M. LE DOCTEUR GRENET (externat 1920)

M. LE PROFESSEUR FAURE (externat 1920)

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE (stage 1921)

INTERNAT DE L'HOPITAL ST-JOSEPH
(1921-1922)

A M. LE DOCTEUR HUGUIER

Chirurgien de l'Hôpital St-Joseph

*Qui nous inspira le sujet de
cette thèse et nous guida
de ses précieux conseils.
Respectueux hommage de
profonde gratitude.*

A M. LE DOCTEUR LANOS

Chirurgien-adjoint de l'Hôpital St-Joseph

A M. LE DOCTEUR LORRAIN

Chef de laboratoire

*Souvenir respectueusement
reconnaissant.*

A M. LE DOCTEUR RUBENS-DUVAL

*Avec toute notre reconnais-
sance pour les précieux do-
cuments qu'il a mis à notre
disposition.*

INTRODUCTION

Parmi les sarcomes du col de l'utérus, il en est une variété rare et intéressante par son aspect très spécial, rappelant la forme d'une grappe de raisin ou d'une môle hydatiforme. C'est le sarcome racémeux ou le sarcome en grappe du col, tumeur caractérisée par une multitude de vésicules arrondies, transparentes et molles, reliées à une tige centrale, qui s'insère sur le col de l'utérus, le plus souvent dans la cavité cervicale, l'ensemble formant une masse lobulée souvent volumineuse, pouvant remplir tout le vagin.

Nous avons eu récemment l'occasion de voir une jeune fille de 16 ans, qui présentait cette variété de tumeur. M. le Dr Huguier, dans le service duquel nous avons observé cette malade, nous conseilla de faire des recherches bibliographiques pour étudier ce cas, et en faire le sujet de notre thèse.

Nous avons rassemblé les documents des quelques travaux d'ensemble parus sur cette question, pour essayer de donner une description anatomoclinique de cette variété de tumeur; et nous nous sommes proposé aussi d'ajouter au nombre restreint d'observations publiées, 2 cas inédits, intéressants aux points de vue histologique et clinique.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à apporter à M. le Dr Huguier nos remerciements et l'hommage de notre profonde gratitude pour son enseignement et ses précieux conseils, et pour la bonté qu'il nous a toujours témoignée pendant notre internat à l'hôpital St-Joseph.

Nous exprimons également notre respectueuse et très profonde reconnaissance à M. le D^r Rubens Duval, qui nous autorisa à publier une de ses observations, et qui nous donna des examens histologiques très précis et remarquablement documentés.

HISTORIQUE

L'étude du sarcome en grappe du col est de date relativement récente.

Il a été entrevu par Mansfield Clarke, qui, dans son *Traité des Maladies de Femmes*, l'étudia à un point de vue purement clinique; et par Sichold, qui décrivit des tumeurs polypeuses augmentant rapidement de volume et remplissant le vagin, et qu'il compara aux polypes des fosses nasales.

La 1^{re} observation précise est de Weber et date de 1867. Künert en 1874; Ahlfeld en 1875; Thiede en 1877 signalèrent d'autres cas. En 1879, Spiegelberg décrivit le sarcome papillaire hydropique du col.

Après lui, on trouve les observations de Rein, Winckler, Künitz, Muller, Pernicé, Mundé.

En 1892, Pfannenstiel, le premier, le désigne sous le nom de sarcome en grappe et en donne une description qui est reprise par Gaymann, dans sa thèse de 1893. Depuis cette date, il y eut d'autres observations dues à Ozenne, Pick, Kelly, Von Franqué, Le Dentu, si bien qu'en 1905, Picqnan, dans son excellent travail de la revue de gynécologie, pouvait réunir 29 observations. En 1906, Becker Minich relate un cas de sarcome hydropicum du col.

En 1908, Michel et Hoche, dans la revue de gynécologie, signalent un chondro sarcome en grappe du col.

La même année, Puech et Massabuau observent un adéno-fibro-myxosarcome en grappe du col.

Bettinger, dans sa thèse de 1908-1909, apporte quelques observations, dont une inédite de Proust et Bender.

En 1912, O. Verter et P. Zacher, dans la *Zeitschrift für Geburtshilfe und gynécologie*, présentent un sarcome pédiculé du col.

La même année, Malinowsky, dans une étude sur les sarcomes racémeux du col, donne une longue observation très complète. Et en 1914, Beckmann, dans sa contribution à l'étude des tumeurs mésodermiques polymorphes du col de l'utérus, signale un type de sarcome racémeux du col utérin.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les sarcomes développés aux dépens du col de l'utérus sont variables au point de vue de leur mode d'origine et de leur forme.

Dans un premier groupe, on peut ranger :

Le sarcome de la muqueuse, diffus ou circonscrit;

Le sarcome du parenchyme.

Le deuxième groupe est celui du *sarcome en grappe du col*, qui fait l'objet de notre étude.

Le *sarcome diffus* de la muqueuse, très rare, se présente sous forme d'infiltration diffuse, avec épaissement et végétations de la muqueuse, l'infiltration pouvant atteindre toute la muqueuse du col, soit seulement la portion vaginale de la muqueuse.

Le *sarcome circonscrit* de la muqueuse, le plus fréquent, peut être sessile ou pédiculé.

Sessile, il a une forme de champignon végétant implanté sur une des lèvres du col et simule l'épithéliome végétant.

Le *sarcome pédiculé* de la muqueuse, appelé encore polype sarcomateux, est le plus fréquent, et se présente sous forme d'une tumeur régulièrement arrondie, de la grosseur d'une orange, rattachée au col par un pédicule grêle, s'implantant ordinairement sur les parois internes du canal cervical.

Le *sarcome du parenchyme*, très rare, revêt aussi la forme de polype. Très souvent dû à une dé-

générescence sarcomateuse d'un fibromyome du col, il constitue une tumeur régulière, lisse, ou à peine bosselée, tapissée par un revêtement muqueux.

Histologiquement, ces sarcomes de la muqueuse et du parenchyme sont formés de cellules rondes, fusiformes ou étoilées logées dans un réseau conjonctif contenant de nombreux vaisseaux, et parfois des éléments de tissus hétérotipes-cartilage-fistriées.

LE SARCOME EN GRAPPE DU COL

Le *sarcome en grappe du col* est caractérisé exclusivement, à une certaine période de son évolution, par son aspect rappelant celui d'une grappe de raisin.

Il débute par une ou plusieurs végétations poly-piformes sur la muqueuse du canal cervical, généralement plus près de l'orifice externe que de l'orifice interne de ce canal. Ces végétations sont molles, gélatiniformes, friables. Elles prolifèrent peu à peu, sortent du col, font saillie dans la cavité vaginale, en prenant la forme en grappe.

Dès ce moment, la tumeur présente une partie périphérique molle, composée de petites vésicules sphériques ou ovoïdes, reliées par de grêles pédicules à une tige centrale ferme, qui se continue avec le pédicule de la tumeur sortant par l'orifice externe du col.

Au début, tant que la tumeur n'est pas trop volumineuse, les petites vésicules périphériques sont isolées, réunies à la tige centrale par de petits pédicules, rappelant l'aspect des vésicules d'une môle hydatiforme. Elles ont une forme arrondie ou ovoïde, sont du volume d'un grain de millet à celui d'une noix. Elles ont une coloration verdâtre, ou sont translucides. De consistance molle, très friables, elles se laissent facilement écraser sous le doigt, en donnant issue à une sérosité gélatineuse. Plus tard, à la suite de l'accroissement énorme de la tumeur, ces vésicules paraissent se souder entre

elles. L'aspect de la tumeur est alors lobulé, bosselé.

La partie périphérique renferme souvent un grand nombre de cavités kystiques, contenant un liquide sirupeux jaune, verdâtre ou rouge avec caillots sanguins, d'où son nom de sarcome kystique. Cependant, ces kystes ne sont pas constants.

L'accroissement de ce sarcome est rapide. Bientôt, il apparaît à la vulve, sous forme d'une masse polypeuse en grappe.

HISTOLOGIE

L'examen histologique montre des différences importantes entre la partie périphérique et la partie centrale. La partie centrale, la tige centrale, est formée par du tissu conjonctif contenant des cellules sarcomateuses. Dans presque tous les cas, on trouve un mélange de cellules rondes, fusiformes et de cellules ramifiées irrégulières. Ces cellules sont d'autant plus nombreuses qu'on se rapproche de la périphérie. Les vaisseaux sanguins et surtout lymphatiques sont ordinairement dilatés. La plupart du temps, ils ont une structure embryonnaire et sont limités par une simple couche de cellules endothéliales, entourées d'une sorte d'anneau de cellules sarcomateuses.

La partie périphérique de la tumeur est formée par un tissu mou, jaunâtre, d'aspect gélatineux. On y trouve, à l'examen histologique, des cellules sarcomateuses logées dans une substance homogène ou finement fibrillaire. Les cellules sont rondes, fusiformes, ramifiées, étoilées. Parfois on rencontre des cellules géantes avec nombreux noyaux. Ces cellules sont surtout nombreuses à la périphérie. Vers le centre des végétations, les cellules sont plus rares, plus grosses. Par contre, la substance intercellulaire est plus volumineuse.

Extérieurement, chaque polype est tapissé par un épithélium stratifié à cellules soit cylindriques, soit pavimenteuses, représentant l'épithélium de la muqueuse qui a donné naissance à la tumeur.

On a discuté beaucoup sur la nature du tissu des végétations des sarcomes en grappe. On a parlé de myxosarcome, et de sarcome à dégénérescence œdémateuse. Il doit s'agir plutôt d'altérations simples liées à des troubles circulatoires. Sous cette influence, sous l'influence d'un excès de pression et de la stase sanguine par gêne de la circulation de retour, il se produit une congestion, une infiltration des éléments néoplasiques. Les cellules sarcomateuses s'infiltrant, s'œdématisent et transforment une partie de leur protoplasma en substance colloïde, qui finalement vient s'unir à la substance intercellulaire. Celle-ci se gonfle, s'infiltré. Ainsi se constitue la substance gélatineuse qui donne à la tumeur sa consistance molle. De tout ceci, il résulte que les sarcomes en grappe n'ont aucune particularité histologique capable de les différencier des autres sarcomes utérins. Ce sont des polypes sarcomateux ayant subi une dégénérescence œdémateuse. Ils ne différencieraient des autres sarcomes que par leur aspect macroscopique. Cet aspect macroscopique paraît dû à l'origine de la tumeur. En effet, les sarcomes en grappe du col ont pour point de départ la muqueuse intracervicale, la couche superficielle du derme spécialement riche en papilles. Sous l'influence de la prolifération rapide des cellules sarcomateuses dans leurs trames, les papilles font saillie à la surface de la muqueuse, grossissent fortement, se pédiculisent et forment ainsi les grains de la grappe de raisin.

La forme en grappe s'observe surtout dans les sarcomes du col, parce que, comme nous venons de le voir, la muqueuse du canal cervical, point d'origine de la tumeur, renferme des papilles — et aussi parce que ces polypes sarcomateux se déve-

loppent dans la cavité vaginale qui se laisse facilement distendre et qui permet aux parties périphériques de la tumeur de se développer isolément.

Cette théorie est d'ailleurs étayée par les faits suivants: Dans le canal cervical, aux parois dures, rigides la tumeur est sous forme d'une tige régulière. Dans la partie intravaginale, elle s'élargit et revêt la forme en grappe.

On peut d'ailleurs rencontrer la forme en grappe dans les sarcomes du vagin, et même dans les sarcomes de la cavité utérine, à condition, justement, que celle-ci soit distendue et vaste. Les kystes rencontrés dans la partie périphérique sont ordinairement de pseudo-kystes, sans paroi propre, représentant soit des foyers de nécrose, soit des géodes œdémateuses analogues à celles qu'on rencontre dans les fibromes œdématiés. Il s'agit là souvent de tumeurs dans lesquelles la circulation est souvent profondément troublée par le tiraillement, la compression ou la torsion des pédicules de ces petites tumeurs.

Rarement, on peut trouver des kystes à paroi propre épithéliale: on peut alors avoir affaire à des vaisseaux ou des lacunes lymphatiques distendus par la gêne de la circulation de retour — ou à des kystes adénomateux produits aux dépens des débris épithéliaux de la muqueuse utéro-vaginale.

L'étude des récidives et des métastases confirme également l'opinion que les sarcomes en grappe sont des sarcomes banaux; puisqu'on peut trouver une forme banale récidivant suivant la forme en grappe; et puisque les métastases des sarcomes en grappe sont des sarcomes à forme ordinaire.

Assez fréquemment, on trouve dans les sarcomes en grappe des tissus hétérogènes, surtout du carti-

lage, et des fibres musculaires striées. Le cartilage se présente sous forme d'îlots isolés dans la partie centrale du néoplasme, îlots de la grosseur d'un pois, formés soit par du cartilage hyalin, soit par un mélange de tissu sarcomateux et cartilagineux. On en trouve dans les cas de Thiede, Rein, Müller, Pernicé, Kleinschmidt, Pfannenstiel, Kauffmann, Massabuau, Perdrigé, Michel et Hoche, Beckmann, de M. Rubens-Duval et le nôtre. Les fibres musculaires striées ont été trouvées dans les cas de Weber, Andersohn, Künert, Pernicé, Müller et Richter.

On a voulu expliquer la présence de ces éléments par l'hypothèse de la métaplasie.

La théorie de Cohnheim a de nombreux partisans et la présence de ces éléments hétérogènes dans les sarcomes en grappe du col constitue un puissant argument pour les idées de cet auteur.

Beckmann, dans sa contribution à l'étude des tumeurs mésodermiques, polymorphes du col de l'utérus, considère le tissu de ces tumeurs comme du tissu embryonnaire dont les cellules ont conservé la propriété de se différencier.

Le sarcome en grappe du col a une tendance, durant la première partie de son évolution, à se propager en surface, sans envahir la profondeur. La tumeur progresse du côté vaginal, envahissant la face externe du col, les parois vaginales. La muqueuse du corps reste saine, ou n'est que tardivement envahie.

A une période plus avancée, le sarcome s'étend presque toujours en dehors de l'utérus, dans le tissu cellulaire du petit bassin, les ligaments larges, les parois recto et vésico vaginales.

Les métastases à distance sont plus rares: Künert a trouvé des noyaux métastatiques dans le

poumon. Von Franqué, dans le poumon, le foie, les ganglions lymphatiques. Dans le cas de M. Rubens-Duval, il y avait une métastase dans la chaîne lymphatique iliaque.

En résumé, la zone d'envahissement qu'on trouve assez fréquemment est le tissu cellulaire du bassin. De cette constatation, il résulte que, pour avoir des chances de guérison, il faudrait une intervention très large, comprenant l'utérus, le tissu cellulaire du bassin, les ganglions.

FREQUENCE — CAUSES PREDISPOSANTES

Le sarcome en grappe du col est incontestablement une affection rare. Il ne constitue pas la variété la plus commune des sarcomes du col, qui, eux-mêmes, sont beaucoup moins fréquents que les sarcomes du corps.

L'hérédité néoplasique, les causes d'inflammation et d'irritation utérine, les traumatismes obstétricaux ne paraissent pas être des causes prédisposantes.

L'existence d'une tumeur antérieure du col a été considérée comme pouvant avoir une influence sur l'apparition du sarcome. Dans quelques cas, l'on note dans les antécédents des malades l'existence de polypes. Ceux-ci peuvent d'ailleurs dégénérer en sarcome.

On a insisté également sur l'importance de la stérilité.

Sur nos 38 observations, nous trouvons 11 multipares et 1 femme ayant eu une fausse couche, et 12 femmes stériles. Dans les autres cas, les antécédents obstétricaux n'étaient point notés.

L'âge paraît avoir une influence sur la fréquence de l'affection.

Il est intéressant, sur 38 observations que nous avons réunies, de noter 16 cas chez de jeunes sujets, depuis la première enfance jusqu'à la trentaine.

Nous trouvons 3 observations de tout jeunes enfants, de deux ans et demi et trois ans (Pick, Richter, Schmidt) et aucun cas dans la 2^e enfance, de 5 à 15 ans.

Par contre, le néoplasme devient nettement fréquent au moment de l'installation des fonctions sexuelles (8 cas de 15 à 20 ans).

Sa fréquence atteint son maximum vers la ménopause, au moment de disparition des fonctions sexuelles.

La tumeur devient exceptionnelle dans la vieillesse (une femme de 59 ans et une autre de 63 ans).

SYMPTOMES

Le sarcome en grappe du col a presque toujours un début très insidieux, dépourvu de troubles fonctionnels. La durée de cette période latente est d'ailleurs extrêmement variable. Parfois, c'est une simple gêne apportée aux rapports sexuels qui pousse la malade à venir consulter. Dans de nombreux cas, c'est en pratiquant, par hasard, un toucher vaginal que le médecin a décelé l'existence du néoplasme. En général, dès que le sarcome a atteint un certain volume, des pertes sérieuses roussâtres, des hémorragies apparaissent, puis ce sont des douleurs, comme dans le cancer du col.

Les *hémorragies* sont ordinairement le premier symptôme. Elles consistent, au début, en un écoulement séro sanguinolent, en pertes rosées plus ou moins abondantes et survenant à la suite de fatigues. Puis, les hémorragies deviennent plus franches, plus abondantes. Dues alors à des ulcérations de vaisseaux, elles peuvent devenir très fortes, entraînant une anémie intense. Elles s'accompagnent très souvent d'écoulements leucorrhéiques aqueux, sans odeur; puis purulents, avec débris sphacelés, dégageant alors une odeur infecte.

Les *douleurs* sont inconstantes et, en tout cas, tardives. Elles se produisent surtout quand la tumeur a envahi les tissus périutérins ou d'autres organes. Elles sont moins vives et surtout plus tardives que celles du sarcome du corps. Quand le

néoplasme distend le vagin, la malade ressent une sensation de pesanteur, de tiraillements dans le périnée.

La compression du rectum et de la vessie entraîne des troubles de la défécation, une constipation opiniâtre avec balonnement du ventre, et des troubles de la miction.

La compression de l'urètre est assez fréquente. Elle peut amener une rétention d'urine complète, comme dans le cas de Von Franqué, Pick et Winkler.

Les *signes physiques* se montrent de bonne heure.

Au début, le toucher vaginal décèle une augmentation de volume d'une des lèvres du col, de la lèvre postérieure, principalement, qui est plus épaisse et aussi plus molle que normalement; ou révèle la présence de végétations polypiformes molles, gélatineuses, friables, sortant du col, ou implantées sur une des lèvres. Plus tard, lorsque la tumeur a atteint un certain volume, l'examen physique est beaucoup plus facile et fournit des renseignements caractéristiques.

Au toucher, on sent une masse lobulée, molle, friable, à la périphérie, ferme et résistante au centre, et qui s'insère par un pédicule sur une lèvre du col, ou s'implante à l'intérieur du canal cervical. Le doigt peut ramener des petites vésicules s'écrasant facilement, et laissant suinter un liquide gélatiniforme.

Au spéculum, on voit une tumeur ayant l'aspect caractéristique d'une grappe de raisin ou d'une môle hydatiforme, formée d'une multitude de petites vésicules sphériques ou ovoïdes, gélatineuses,

jaunâtres ou rouges vineux, ressemblant à des baies de gui, appendues à une tige centrale qui s'implante sur une des lèvres du col, la postérieure, le plus souvent, ou la face interne du canal cervical.

Comme très souvent le corps utérin est respecté, le palper bimanuel montre un corps utérin normal, mobile. L'hystérométrie indique une profondeur utérine normale. Les culs de sac sont souples, quand il n'y a pas envahissement du tissu périutérin ou des ligaments larges.

EVOLUTION

La durée de l'évolution des sarcomes en grappe est extrêmement variable, depuis quelques mois à 5 ans. Alors que les autres variétés de sarcome du col évoluent en deux ans et demi environ, le sarcome en grappe a une durée de 18 mois à 2 ans, en moyenne.

Dans la plupart des cas, les malades meurent de cachexie, d'anémie causée par les hémorragies, ou d'intoxication par résorption des produits élaborés au niveau du néoplasme, et par des troubles rénaux et intestinaux. La gangrène et la putréfaction de la tumeur hâtent la mort. Dans ce cas, les pertes se modifient, deviennent purulentes, exhalent une odeur infecte. La fièvre hectique apparaît, précédant de peu la mort de la malade.

La péritonite, l'occlusion intestinale, l'urémie ont été signalées.

Les métastases néoplasiques sont très rares. Les sarcomes en grappe ont une tendance à rester localisés.

Von Franqué et Kunert ont noté des noyaux secondaires dans le foie, le poumon, les côtes.

Par contre, les organes voisins du col sont fréquemment envahis à la fin de l'évolution. Par ordre de fréquence, ce sont le vagin, les ligaments larges, le tissu périutérin, le corps utérin, les ganglions du bassin, les cloisons vésico et recto vaginales.

L'envahissement du vagin a été constaté par Kunert, Spiegelberg, Pick, Rein, Winckler, Kunitz, Pfannenstiel, Müller, Mundé, Beckmann.

L'envahissement secondaire du corps utérin, signalé par Weber, Winkler, Van Burren Knott, Verter est rare et toujours tardif. Il se traduit par des douleurs vives, par une plus grande abondance des pertes qui deviennent purulentes et fétides et par l'augmentation de volume de l'utérus. L'augmentation de volume de l'utérus peut tenir, cependant, comme dans le cas de Pick, à une hématométrie ou à une pyométrie dues à une oblitération complète du canal cervical.

L'invasion du rectum et de la vessie est très rare. Spiegelberg, Pernicé et Van Burren Knott l'ont observée.

Les fistules recto et vésico vaginales sont exceptionnelles. L'envahissement des ligaments larges, du tissu cellulaire périutérin, des ganglions pelviens se rencontre assez fréquemment (cas de Spiegelberg, Rein, Kunitz, Müller, Pernicé, Mundé, Pick, Kunert, Winckler, Kelly, Von Franqué, Le Dentu, Rubens-Duval). Nous avons déjà insisté, et nous reviendrons encore sur son importance au point de vue thérapeutique.

L'âge des malades paraît avoir une influence sur l'évolution de la maladie.

Chez les jeunes, l'évolution paraît sensiblement plus rapide que chez les malades âgées. Chez les premières, la durée d'évolution n'a pas dépassé 2 ans, tandis que chez les secondes, on note des durées de 3 ans 1/2 et même 5 ans.

Mais c'est surtout l'envahissement des organes voisins du col de l'utérus qui est spécial suivant l'âge.

Chez les jeunes, la tumeur se propage plus particulièrement au vagin, à sa paroi postérieure de préférence (observations de Spiegelberg, Rein, Künitz, Müller, Mundé, Pick, Beckmann). Nous n'avons trouvé cette propagation que chez 3 femmes âgées (Kunert, Winckler, Pfannenstiel).

L'invasion du corps utérin, à l'inverse de l'envahissement du vagin, se rencontre presque exclusivement dans le cas de sarcome développé chez des malades âgées (Weber, Winckler, Van Burren Knot, Verter).

PRONOSTIC

Le sarcome en grappe du col est d'une grande malignité et évidemment fort grave.

Abandonné à lui-même, il conduit à une mort certaine et rapide. Les opérations pratiquées ont été suivies presque toujours de récidives précoces à évolution très courte.

La radiumthérapie n'a pas non plus donné les résultats espérés.

Le pronostic est donc extrêmement sombre.

Il faut cependant remarquer que, dans la plupart des cas, le diagnostic a été fait tardivement. On a perdu un temps précieux à pratiquer des interventions partielles et insuffisantes, telles que curetages, excision de la tumeur, amputation du col.

En raison de la tendance du néoplasme à rester assez longtemps localisé, il est permis de penser que le pronostic du sarcome en grappe du col s'améliorera sensiblement lorsqu'on fera systématiquement des examens histologiques de toutes les tumeurs du col, lorsqu'on posera un diagnostic précoce et qu'on pourra ainsi, de bonne heure, pratiquer des interventions larges ou une curiethérapie bien réglée.

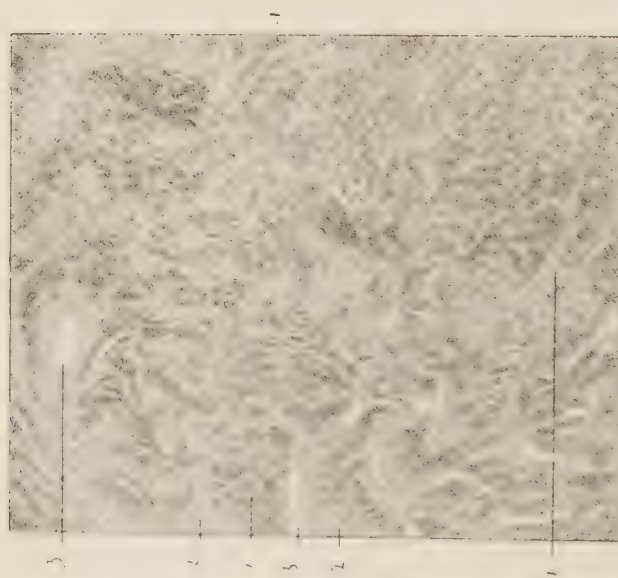


FIGURE I. -- Pièce opératoire du 30 avril 1910.
Fixation au liquide de Dominici. Grossissement
de 50 diamètres.

1. Trainées cellulaires;
2. Tissu conjonctif;
3. Vaisseaux sanguins.

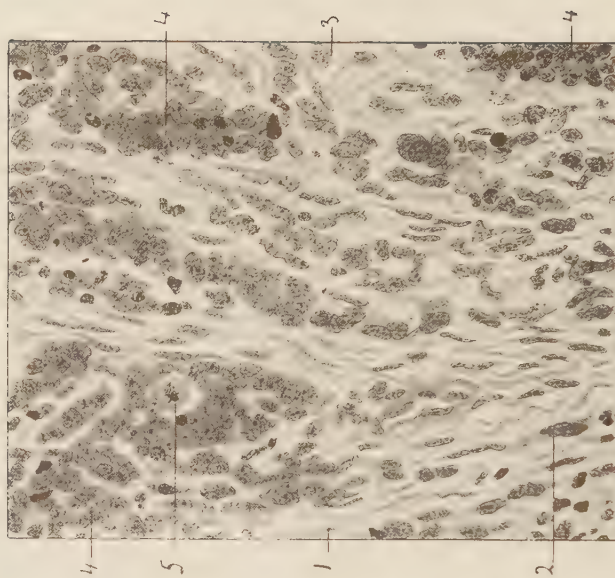


FIGURE II. -- Pièce opératoire du 30 avril 1910.
Grossissement de 550 diamètres.

1. Fibroblaste à l'état de repos;
2. Fibroblaste hypertrophie;
3. Cellule jeune arrondie;
4. Plasmades sarcomateux;
5. Karyokinèses.

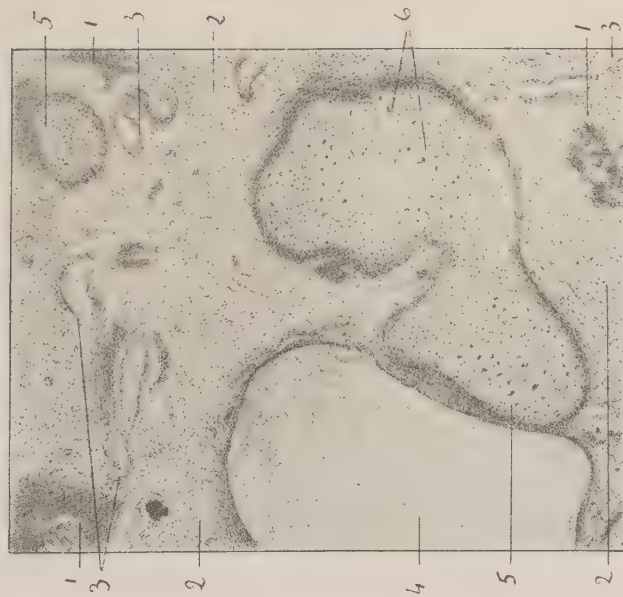


FIGURE III. — Débris ramenés par curettage du 12 août 1910. Grossissement de 50 diamètres.

1. Cellules sarcomateuses;
2. Tissu muqueux;
3. Vaisseaux dilatés;
4. Cavité remplie de liquide;
5. Nodules cartilagineux;
6. Grandes cellules cartilagineuses à noyaux multiples.

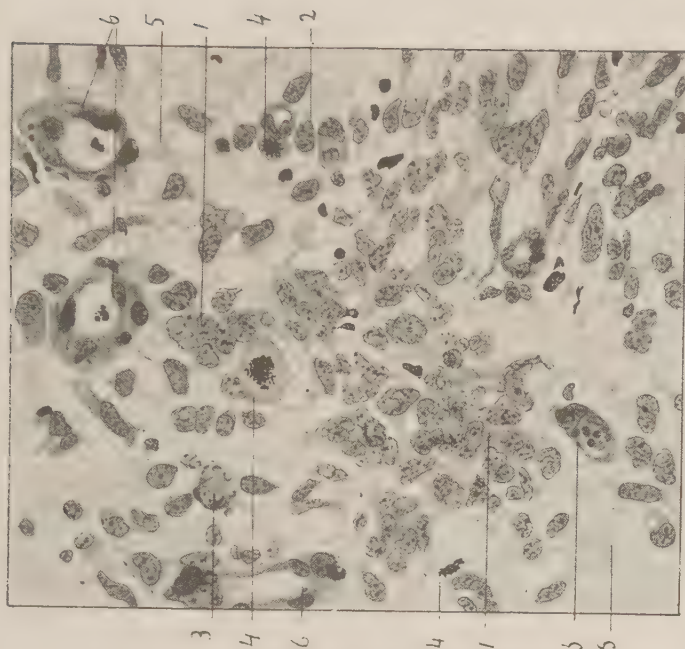


FIGURE IV. — Curettage du 12 août 1910. Grossissement 550 diamètres.

1. Plasmodes sarcomateux;
2. Cellule sarcomateuse libre;
3. Cellules en voie de dégénérescence, présentant des inclusions pseudo-parasitaires;
4. Karyokinèses;
5. Tissu muqueux;
6. Capillaires sanguins.

DIAGNOSTIC

Une tumeur qui se manifeste par des métrorragies abondantes, par des écoulements leucorrhéïques aqueux, inodores, ou purulents, avec débris sphacelés, et d'odeur infecte, et qui se présente à l'examen physique sous la forme de végétations polypiformes ou de petites vésicules molles et transparentes appendues à un pédicule s'implantant à l'intérieur de la cavité cervicale ou sur la lèvre postérieure du col de l'utérus, éveille facilement l'idée d'un sarcome en grappe du col.

Mais les signes fonctionnels peuvent manquer pendant longtemps. Ces mêmes signes existent dans d'autres affections du col.

Les signes physiques ne sont pas toujours aussi caractéristiques, surtout au début.

Le diagnostic du sarcome en grappe du col est donc parfois difficile, souvent même impossible sans examen histologique à la période du début, les *polypes bénins* du col ou les polypes du corps fixés par des adhérences ou un étranglement au niveau du museau de tanche, sont la cause d'erreurs la plus fréquente. Il suffit de lire les observations publiées, pour remarquer le nombre assez considérable de cas où l'on porta le diagnostic de polypes récidivants du col.

Le sarcome peut être soupçonné à son évolution plus rapide, à sa consistance plus molle, à son pédicule plus large. Mais ce sont là des nuances souvent bien difficiles à apprécier. Seul, un examen

histologique pourra orienter le chirurgien sur la véritable voie. Un polype primitivement fibreux peut, d'ailleurs, se transformer en sarcome.

Les polypes muqueux implantés sur la cavité cervicale, par leur forme et leur consistance, seront parfois confondus avec le sarcome. Un examen histologique montrera, en cas de polypes, des glandes dilatées ou kystiques.

Le *cancer végétant* du col peut ressembler à un sarcome qui commence à évoluer et qui ne se présente pas encore sous sa forme caractéristique.

Dans le cancer, les végétations sont implantées sur tout le col. Elles sont molles, friables, mais reposent sur une base indurée. Les écoulements sont fétides.

Dans le sarcome, les végétations polypiformes du début naissent de la cavité cervicale et de la lèvre postérieure du col. Leur consistance est molle, sans induration sousjacente. Les pertes ne sont pas fétides. Quoique l'erreur de diagnostic soit ici moins fréquente, un examen microscopique d'une parcelle de tumeur est souvent nécessaire pour trancher le diagnostic.

A la période d'état, lorsque le sarcome a une force en grappe caractéristique, d'autres difficultés surgissent.

Une *môle hydatiforme* en voie d'expulsion rappelle à s'y méprendre l'aspect du sarcome en grappe. Mais en cas de môle, le corps utérin est très augmenté de volume. Il y a des signes concomitants de grossesse. L'insertion de la môle est aussi différente.

Les *adénomes bénins* de la muqueuse cervicale peuvent simuler le sarcome en grappe.

Pozzi et Ackermann en ont signalé des cas. L'examen histologique montrera la nature glandulaire de la tumeur.

Les *sarcomes en grappe du vagin*, envahissant le col utérin, seront presque forcément confondus avec le sarcome en grappe primitif du col, envahissant secondairement le vagin. Le diagnostic n'a, d'ailleurs, pas d'importance pratique, dans ce cas particulier.

Comme nous venons de le voir, les symptômes fonctionnels du sarcome en grappe du col peuvent se rencontrer dans presque toutes les affections simulant cette tumeur. Ils ne sont donc pas pathognomoniques du sarcome.

L'examen physique est souvent plus caractéristique. C'est lui qui sert de base au diagnostic. Il devra toujours être méthodiquement conduit, et être complet.

Comme le sarcome en grappe du col se rencontre fréquemment chez de jeunes sujets, chez des vierges, il faudra toujours essayer, chez ces malades, de pratiquer un toucher vaginal et, en cas d'impossibilité, on fera un toucher rectal, qui ne donne pas toujours des renseignements aussi précis sur la présence ou l'étendue de cette tumeur molle.

La tumeur reconnue, il faudra apprécier l'état des culs de sac vaginaux et du corps utérin, pour dépister l'envahissement des organes voisins. Il faudra également rechercher la présence possible de métastases dans les différents organes, en particulier dans le foie et le poumon.

Dans tous les cas, un examen histologique est indispensable pour poser un diagnostic précoce et sûr. Lui seul, souvent, pourra renseigner sur la na-

ture exacte de la tumeur. Son importance est capitale. Mais, pour que cet examen ait toute sa valeur, et permette de bien découvrir les lésions sarcomateuses, il faudra prélever plusieurs fragments dans les différentes portions du néoplasme. Notre observation montre, en effet, que, sur certains points examinés, des lésions inflammatoires existaient seules, tandis qu'en d'autres, les lésions sarcomateuses étaient évidentes.

TRAITEMENT

D'après ce que nous avons vu précédemment, les sarcomes en grappe du col sont des tumeurs essentiellement malignes.

Abandonnés à eux-mêmes, ils se compliquent fréquemment d'envahissement des organes voisins, ou même de généralisation et déterminent la mort après une évolution assez courte.

Le traitement curatif d'une pareille tumeur ne peut donc pas consister en opérations partielles, telles que l'ablation de la tumeur par section du pédicule, ou l'amputation du col. Ces opérations, très souvent pratiquées, furent, dans presque tous les cas, suivies de récidives.

L'intervention de choix est l'hystérectomie totale. L'hystérectomie vaginale permet, certes, d'enlever la tumeur souvent infectée ou sphacélée, avec un minimum de danger d'infection de l'abdomen; mais on lui reproche de ne pas enlever assez largement le paramètre souvent envahi, et de laisser habituellement une trop grande portion de vagin, sur laquelle se produisent souvent des récidives.

L'hystérectomie abdominale totale élargie, comprenant non seulement l'utérus, mais une partie importante du vagin, le tissu cellulaire paramétritique et les ganglions avoisinants, et précédée de l'ablation de la tumeur par voie vaginale, paraît plus logique et n'offre point les inconvénients de l'intervention précédente. Elle compte à son actif quelques succès (cas de Van Burren Knott, Michel et Hoche, Pozzi).

Pratiquée de bonne heure, alors que le néoplasme est encore très limité, et que l'état général est satisfaisant, elle donnerait vraisemblablement des résultats meilleurs. Néanmoins, on peut se demander, actuellement, si, même dans les cas opérables, le radium n'est pas supérieur au bistouri.

Malheureusement, les observations de sarcomes en grappe du col, traités par le radium, sont rares; et le problème qui vient d'être posé est bien difficile à résoudre.

Dans l'observation de M. Rubens-Duval, la curiethérapie fut assez efficace pour déterminer la régression cliniquement complète des masses néoplasiques irradiées, tandis que les interventions chirurgicales, y compris l'hystérectomie, avaient été suivies de récives rapides.

Le succès de la radiumthérapie fut rendu illusoire par le développement d'une métastase profonde. Ceci prouve seulement que l'emploi du rayonnement du radium fut trop tardif.

M. Rubens-Duval fait remarquer que la technique employée, et qui a donné un résultat local satisfaisant, n'est cependant pas à conseiller.

En effet, l'observation date de 1910. Depuis, il a été reconnu que le fractionnement des doses, la filtration avec des métaux de médiocre densité tels que l'argent et le plomb, le groupement des appareils radifères en un seul foyer, comportent de plus grands risques d'insuccès que l'administration de la dose totale en une application unique prolongée pendant un temps suffisant, la filtration avec des métaux très denses tels que platine et or, la répartition des foyers radifères de manière à obtenir l'égalité d'irradiation de la tumeur.

Il est logique de conclure que, dans un cas semblable, et avec la seconde technique, la curiethérapie serait le traitement de choix à instituer dès le diagnostic posé.

Il est permis de penser qu'on pourrait, comme dans le cancer, associer avec avantage le traitement chirurgical à la curiethérapie, en faisant une application de radium avant l'hystérectomie.

Dans les cas inopérables, la curiethérapie est indiscutée. Elle est susceptible de rendre opérables des malades chez qui l'intervention paraissait impossible. Elle pourra déterminer, pour un certain temps, la cessation des pertes et des douleurs, relever l'état général, bénéfice qui, pour n'être que palliatif, est, cependant, considérable.

Observations

OBSERVATION I

(Weber 1867) *Virchow's Archiv Bd XXXIX p. 216.*

Age, 45 ans. — Antécédents génitaux : 9 grossesses. Examen clinique : Polype muqueux de la grosseur du doigt sortant de la lèvre antérieure du col utérin. Evolution et traitement : Enlèvement du polype : récurrence. Enlèvement de la lèvre antérieure du col : récurrence. Enlèvement de tout le col utérin : récurrence sous forme d'un polype en grappe irrégulier et végétant. Curetage suivi de récurrence. Cachexie. Perforation spontanée de l'utérus ayant déterminé une péritonite mortelle. Durée : 1 an.

A l'autopsie : Utérus agrandi, rempli de caillots et débris néoplasiques.

Examen histologique : tumeur renfermant des cellules fusiformes et des fibres musculaires striées embryonnaires. Formes de passage entre les grandes cellules fusiformes et les fibres striées.

OBSERVATION II

(Andersohn 1869) *Nord méd. Ark Bd I N° 4.*

Age, 50 ans. Vierge.

Examen clinique : Le vagin renferme une volumineuse tumeur à prolongements multiples, plusieurs tumeurs semblables sortent du col utérin. Le fond de l'utérus remonte à l'ombilic.

Evolution : Enlèvement de la tumeur. Récidive. Enlèvement de la tumeur. Hémorragies mortelles. Mort deux mois après la deuxième opération.

Durée : 2 ans.

Autopsie : Le néoplasme se détache de la partie la plus élevée de la paroi postérieure du canal cervical.

Examen histologique : Sarcome avec nombreuses fibres musculaires striées dans la partie périphérique du néoplasme.

OBSERVATION III

(Kunert 1874) *Arch. f. Gynéc. Bd VI, p. 113.*

Age, 35 ans. Pas d'enfants.

Examen clinique : Vagin rempli par de grosses masses gélatineuses et friables, infiltrées et lobulées, se détachant du col par une sorte de pédicule.

Evolution : Enlèvement de la tumeur. Récidive, un mois après. Curettage : nouvelle récidive. Amputation de la portion vaginale du col : Récidive rapide. Mort par cachexie.

Durée : Un an et neuf mois.

Autopsie : Noyaux sarcomateux dans le tissu para-Métastases dans les septième et huitième côtes gauches.

Examen histologique : Cellules rondes et fibres musculaires striées isolées.

OBSERVATION IV

(Ahlfeld 1875) *Arch. f. gyn. Bd VII, p. 301.*

Age : 15 ans.

Examen clinique : Volumineux polype en grappe emplissant tout le vagin.

Evolution : Enlèvement du néoplasme : récédive.
Mort.

OBSERVATION V

(Thiede 1877). *Zeitschr. f. geb. und gynec.*, p. 460.

Age : 40 ans. Deux enfants.

Examen clinique : Le vagin est rempli par une tumeur lobulée en grappe qui saigne au moindre contact et est rattachée au col par un pédicule ferme.

Evolution : Ablation de la tumeur, suivie de récédive. Mort par cachexie.

Examen histologique : fibrosarcome avec îlots cartilagineux.

OBSERVATION VI

(Spiegelberg 1879). *Arch. f. gyn. Bd XIV*, p. 178.

Age : 17 ans. Stérile.

Examen clinique : La lèvre antérieure du col augmentée de volume, est couverte, sur sa face interne, de petites tumeurs végétantes, longues de 1 à 2 centimètres, très molles.

Evolution : Amputation de la lèvre antérieure du col : récédive au bout de dix mois, sous forme d'une tumeur en grappe sur le moignon. Plusieurs opérations partielles suivies de récédives, puis hystérectomie totale. Mort quatre mois après par occlusion intestinale et péritonite.

Durée : Vingt mois.

Autopsie : Cavité vaginale remplie par une grosse tumeur molle située entre le vagin et le rectum. Infiltration sarcomateuse de la paroi vésicale, de l'S iliaque et du cœcum.

Examen histologique : tumeur formée par des cellules rondes fusiformes et ramifiées, logées dans une substance intercellulaire œdématisée.

OBSERVATION VII

(Rein 1880). *Arch. f. gyn. Bd XV, p. 187.*

Age : 21 ans. Stérile.

Examen clinique : Vagin rempli par une tumeur lobulée ressemblant à une môle hydatiforme implantée sur la face interne du col. Corps utérin intact.

Evolution : Enlèvement de la tumeur, près de la lèvre postérieure du col, sur laquelle elle s'implantait. Récidive au bout de trois mois : Nouvel enlèvement. Mort avec symptômes de péritonite et d'occlusion intestinale.

Durée : Deux ans.

Autopsie : Infiltration sarcomateuse des ligaments larges et de la cloison recto-vaginale; végétations sarcomateuses sur la paroi vaginale postérieure.

Examen histologique : tumeur formée surtout de cellules rondes; tissu intercellulaire œdématisé.

OBSERVATION VIII

(Spiegelberg 1880). *Arch. f. gyn. Bd XV, p. 437.*

Age : 31 ans. Deux enfants.

Examen clinique : La lèvre postérieure du col est parsemée et infiltrée de végétations papillaires molles.

Evolution : Enlèvement de la lèvre postérieure et cautérisation au fer rouge. Récidive au bout de quelques semaines sous forme d'un sarcome en grappe de la muqueuse du col. Excision de la tumeur suivie de récidive immédiate. Hystérectomie abdominale totale; **récidive sur la paroi vaginale.**

Mort avec symptômes de péritonite et d'occlusion intestinale.

Durée : Deux ans.

Autopsie : Infiltration sarcomateuse des ligaments larges et de la cloison rectovaginale; végétations sarcomateuses sur la paroi vaginale postérieure.

Examen histologique : Tumeur formée surtout de cellules rondes. Le tissu intercellulaire est œdématié et myxomateux.

OBSERVATION IX

(Thomas 1880) *Traité des maladies de femmes*
Lutaud, p. 476.

Examen clinique : Vagin distendu par une tumeur en grappe implantée sur un pédicule sur la paroi interne du col.

Evolution : Ablation de la tumeur avec l'écraseur.

Examen histologique : Sarcome.

OBSERVATION X

(Winkler, 1883.) *Arch. f. gyn. Bd XII, p. 312.*

Age : 47 ans. Six enfants.

Examen clinique : Col très hypertrophié à gauche.

Evolution : Amputation du col. Récidive sous forme d'une volumineuse tumeur en grappe implantée par un large pédicule sur le moignon. Enlèvement du néoplasme et cautérisation du moignon : nouvelle récurrence. Extirpation incomplète de la tumeur. Mort par cachexie.

Durée : Neuf mois.

Autopsie : Végétations sarcomateuses sur la muqueuse du vagin et de l'utérus remontant jusqu'à

3 centimètres du fond de l'utérus. Infiltration sarcomateuse du tissu périutérin et des ligaments larges.

Examen histologique : La tumeur est formée de cellules sarcomateuses, la plupart rondes, quelques-unes ovales ou étoilées, séparées par du tissu œdématisé.

OBSERVATION XI

(Kunitz 1885). *In. Dissert. Berlin 1883, p. 34.*

Age : 20 ans. Un avortement.

Examen clinique : Tumeur en grappe analogue à une môle hydatiforme faisant saillie par un pédicule de l'orifice externe du col.

Evolution : Ablation de la tumeur, récurrence au bout de deux mois. Amputation du col utérin. Récurrence. Mort.

Durée : Neuf mois.

Autopsie : Infiltration sarcomateuse du canal cervical, de la paroi vaginale et du ligament large droit.

Examen histologique : Tumeur formée de cellules sarcomateuses, la plupart rondes, ovales ou étoilées. Substance intercellulaire myxomateuse.

OBSERVATION XII

(Muller, 1887) *Arch. f. gyn. Bd LXXX.*

Age : 24 ans. Stérile.

Examen clinique : Tumeur en grappe du col grosse comme un œuf.

Evolution : Amputation du col suivie de récurrence.

Mort par péritonite.

Durée : Un an.

Autopsie : Cavité utérine agrandie ; de sa partie inférieure se détache un polypé en grappe. Infiltration sarcomateuse du vagin, du ligament large droit.

Examen histologique : La première tumeur est formée de cellules rondes et fusiformes avec de grandes cellules fusiformes striées. La tumeur récidivée est un myxo-sarcome télangiectasique et lymphangiectasique avec îlots de cartilage.

OBSERVATION XIII

(Schmidt) *Amer. j. of. obst. Bd XIV.*

Age : 3 ans.

Examen clinique Tumeur en grappe faisant saillie dans le vagin.

Evolution : Ablation : Récidive. Ablation : Récidive sous forme d'une volumineuse tumeur abdominale. Mort trente jours après la deuxième opération.

Examen histologique : Sarcome à cellules rondes.

OBSERVATION XIV

(Pernicé 1888) *Virchow's Archiv. Berlin.*

Age : 17 ans. Stérile.

Examen clinique : Vagin renferme une tumeur de la grosseur du poing, formée par un grand nombre de petits polypes vésiculés semblables à une môle hydatiforme et implantés sur le col.

Evolution : Ablation de la tumeur récidivée en 2 mois sous forme d'une tumeur en grappe rattachée au col par un pédicule. Ablation au galvanocautère. Récidive sous forme d'une tumeur abdominale qu'une laparatomie montre impossible à enlever. Mort par cachexie.

Durée : Dix-huit mois.

Autopsie : Végétations néoplasiques sur la muqueuse du moignon utérin. Infiltration sarcomateuse du péritoine du petit bassin. Noyaux métastatiques entre la vessie et la symphyse.

Examen histologique : Tumeur formée de tissu conjonctif œdématié ou myxomateux renfermant de nombreuses cellules rondes ou étoilées. Dans la récidive, îlots de cartilage hyalin.

OBSERVATION XV.

(Mundé 1889) *Am. j. of. Obstetric T XXII u. 126.*

Age : 19 ans. Femme stérile.

Examen clinique : Vagin rempli par une volumineuse tumeur en grappe formée par un grand nombre de vésicules rattachées au col utérin par un pédicule.

Evolution : Ablation de la tumeur avec l'écraseur. Récidive, mort par cachexie.

Durée : 2 ans.

Autopsie : Envahissement de la muqueuse vaginale.

Examen histologique : La tumeur renferme un grand nombre de kystes ; elle est formée de tissu myxo sarcomateux dans lequel on trouve un grand nombre de corpuscules adénoïdes et lymphatiques, et de nombreux culs de sac glandulaires.

OBSERVATION XVI

(Kleinschmidt) *Arch. f. gyn. Bd CXXXIX, p. 1*

Examen clinique : Tumeur très molle, irrégulière, rattachée au col utérin par un pédicule.

Enlèvement du polype. Récidive. Mort.

Examen histologique : Sarcome à cellules rondes et fusiformes paraissant provenir de la paroi des vaisseaux.

OBSERVATION XVII

(Winkel 1890) *Lehrbuch der Frauenkrankheiten*,
p. 482.

Age : 40 ans.

Examen clinique : Le vagin renferme une tumeur grosse comme une pomme sortant par un pédicule de la lèvre antérieure du col. Cette tumeur très molle avec un grand nombre de vésicules, ressemble à une môle.

Evolution : Ablation. Récidive en 2 mois. Nouvelle ablation. Nouvelle récidive. Mort.

Examen histologique : Tumeur molle renfermant un grand nombre de cavités. Tissu formé de cellules rondes et fusiformes séparées par une substance intercellulaire. La plupart des cavités kystiques sont tapissées par un revêtement épithélial.

OBSERVATION XVIII

(Pfannenstiel 1891) *Virchow's Archiv*
Bd CXXVII, p. 305.

Age : 53 ans. Quatre enfants.

Examen clinique : Polype vaginal mou, lobulé, rattaché par un long pédicule à la paroi antérieure du canal cervical.

Evolution : Ablation de la tumeur ; récidive au bout de onze mois sous forme d'un polype en grappe. Ablation et cautérisation. Nouvelle récidive. Hystérectomie vaginale. Récidive sous forme d'une tumeur en grappe sur la voûte vaginale. Ablation suivie de récidive. Mort par cachexie.

Durée : Trois ans et demi.

Autopsie : Infiltration sarcomateuse de la paroi vaginale. Aucune métastase dans le bassin.

Examen histologique : Tumeur formée par un tissu ferme au centre, œdimatié à la périphérie, renfermant des cellules rondes, fusiformes ou ramifiées. Traces de cartilage hyalin.

OBSERVATION XIX

(Richter 1892) in diss. Greifswald 1892.

Age : 2 ans et demi.

Examen clinique : Le vagin est rempli par un polype en forme de grappe, qui se détache du canal cervical et refoule l'utérus en haut.

Evolution : Enlèvement aux ciseaux. Terminaison non signalée.

Examen histologique : La tumeur était un sarcome renfermant des fibres musculaires striées.

OBSERVATION XX

(Gaymann 1893) Thèse de Paris.

Age : 63 ans.

Examen clinique : Masse putrilagineuse émergeant du col de l'utérus, prise pour un polype gangréné.

Evolution : Ablation à la curette. Récidive. Hystérectomie supravaginale. La cavité utérine est remplie par une masse kystique libre de toute attache ; il est probable que la masse s'implantait sur le col par un pédicule sectionné au moment de l'opération. Deux mois après, récidive au niveau du col ; curettage et cautérisation. Terminaison non signalée.

Examen histologique : Tumeur polykystique formée de cellules rondes renfermant de nombreux vaisseaux. Disparition complète de la muqueuse du corps utérin.

OBSERVATION XXI

(Ozenne 1893) *Revue obst. et gyn.* 1894, T. X, page 188.

Age : 48 ans.

Examen clinique : Le vagin renferme une tumeur végétante du volume du pouce formée d'une foule de polypes vésicaux constituant une sorte de grappe implantée par un pédicule sur la face interne de la lèvre antérieure du col.

Evolution : Curettage. Récidive rapide. Nouveau curettage. Nouvelle récurrence. Mort par cachexie.

OBSERVATION XXII

(Pick 1894) *Arch. f. gyn. Bd XLVI, p. 191*

Age : 2 ans et demi.

Examen clinique : Du canal cervical se détache une tumeur molle en grappe qui fait en partie saillie hors du vagin.

Evolution : Enlèvement partiel. Mort par épuisement.

Durée : Neuf mois.

Autopsie : Le néoplasme né de la paroi postérieure du canal cervical s'étend au vagin et au tissu cellulaire paracervical. Pyomètre.

Examen histologique : Sarcome à cellules fusiformes et cellules géantes.

OBSERVATION XXIII

(Kelly) *Traité de gynécologie.*

Age : 30 ans.

Examen clinique : Tumeur en grappe provenant du col et faisant saillie dans le vagin.

Evolution : Amputation du col. Récidive rapide.
Mort avec récidive.

Autopsie : Envahissement du tissu cellulaire du bassin.

OBSERVATION XXIV

(*Von Franqué 1899*) *Zeitschr. f. geb. und gyn.*,
1899, p. 181.

Age : 59 ans. Nullipare.

Le vagin est distendu par une masse molle, gélatineuse, multilobée, venant du col utérin, ayant déterminé de la rétention d'urine.

Evolution : Hystérectomie vaginale. Mort 18 jours après l'opération, avec des signes de pneumonie.

Autopsie : Envahissement néoplasique du tissu périutérin et des ganglions prévertébraux de la région lombo sacrée. Noyaux métastasiques dans les poumons et le foie.

Examen histologique : Sarcome à cellules fusiformes.

OBSERVATION XXV

(*Van Burren Knott 1901*) *Annals of surgery.*

Age : 43 ans. Cinq enfants.

Examen clinique : Tumeur en grappe rattachée par un pédicule à la lèvre antérieure du col. Utérus gros.

Evolution : Hystérectomie totale. Guérison opératoire.

Autopsie : Sarcome diffus du parenchyme utérin et sarcome en grappe du col. Infiltration sarcomateuse des ligaments larges et d'une anse intestinale adhérente.

Examen histologique : Sarcome à cellules fusiformes.

OBSERVATION XXVI

(*Le Dentu 1904*) *Cliniques.*

Age : 36 ans.

Examen clinique : Tumeur en grappe framboisée rattachée au col par un pédicule.

Evolution : Enlèvement de la tumeur. Récidive. Mort par cachexie.

Autopsie : Infiltration des ligaments larges et hydronéphrose.

Examen histologique : myxosarcome.

OBSERVATION XXVII

(*Le Dentu 1904*) *Cliniques.*

Age : 50 ans.

Examen clinique : Tumeur en grappe rattachée au col par un pédicule.

Evolution : Ablation de la tumeur pratiquée quatre fois, et suivie quatre fois de récidive. Mort par cachexie.

Myxosarcome.

OBSERVATION XXVIII

(*Emmet*) *Amer. j. of obst.* 1902, p. 388.

Age : 19 ans. Mère de trois enfants, souffrant depuis quelques mois de douleurs et d'hémorragies utérines.

A l'examen, on trouve une tumeur en grappe provenant de la lèvre postérieure du col utérin : excision, curettage et cautérisation en août 1900. En novembre 1900, douleurs et hémorragies, A l'examen, on trouve une nouvelle tumeur en grappe se détachant de l'orifice du col et de tout son pourtour : amputation du col. L'examen histologique montre un sarcome à cellules fusiformes. Récidive et mort en avril 1901.

OBSERVATION XXIX

(Williamson) *Société d'obstétrique de Londres*, 1905.

Femme de 39 ans, opérée d'une tumeur du col formée par une partie centrale de consistance ferme, et une partie périphérique molle ; ramifiée en grappe et creusée de petites cavités kystiques. L'examen histologique montre un sarcome à cellules mélangées.

OBSERVATION XXX

Michel et Hoche. Revue gynécol. 1908.

Chondrosarcome du col utérin. Sarcome en grappe. C'est une femme de 35 ans, qui a des hémorragies depuis 18 mois. A l'examen clinique, on diagnostique un polype du col. On l'enlève. 3 mois après, les hémorragies réapparaissent : et l'on constate une masse volumineuse provenant du col, et ayant l'aspect d'une grappe de raisin. On enlève la masse à la curette. La base d'implantation est cautérisée au thermo. Au bout de 2 mois, les pertes réapparaissent. On constate une une masse volumineuse en grappe s'implantant sur le col, et remplissant le vagin. Le corps utérin est normal ainsi que les annexes. Hystérectomie abdominale totale. La malade sort guérie.

Examen histologique : Sarcome en grappe. Lésions sarcomateuses peu développées. Sarcomè globo et fusocellulaire. Formations cartilagineuses développées au niveau d'une lésion inflammatoire polypeuse du col.

OBSERVATION XXXI

(Puech et Massabuau 1908).

Tumeur en grappe du col utérin. Tumeur à tissus multiples (adénofibro-myxosarcome)

Annales gynécol. et obst. 1908 N° 5, p. 306-308.

C'est une tumeur en grappe du col, excisée sur une femme de 59 ans. La tumeur récidive 5 ans plus tard. La tumeur était formée d'un stroma tantôt fibreux, tantôt muqueux, sarcomateux et cartilagineux, dans laquelle se ramifiaient des digitations épithéliales cylindroïdes. La récidive avait la structure d'un sarcome globocellulaire pur. Véritable embryome du col.

OBSERVATION XXXII

(Proust et Bender) *Sarcome racémeux du col. Société d'anatomie de Paris. Juillet 1909.*

Femme de 44 ans. Mère de deux enfants. Régliée à 15 ans.

Il y a deux ans, à l'âge de 42 ans, la malade eut des hémorragies, survenant d'abord tous les huit jours. Depuis un an, ces hémorragies sont presque continues, et depuis un mois, sont accompagnées d'un écoulement séreux, roussâtre, fétide.

Examen physique : Tumeur allongée, rouge, remplissant le vagin, appendue à un pédicule venant du

canal cervical. Tumeur molle ; lobulée ; près du col, ayant l'aspect d'une grappe. L'utérus n'est pas augmenté de volume. Les culs de sac sont souples.

Hystérectomie abdominale totale pratiquée par M. Pozzi. La malade guérit sans incident.

Examen histologique : Les végétations polypoïdes sont revêtues à leur surface d'une couche continue d'épithélium pavimenteux stratifié. Le squelette des végétations est formé d'un stroma conjonctif lâche, fibrillaire, infiltré d'œdème, très vascularisé. Au milieu de cette trame conjonctive, sont des cellules ovales ou fusiformes à noyau coloré, et dont la nature conjonctive n'est pas douteuse. Ces cellules forment, par places, des lobules irréguliers autour des vaisseaux dont les parois réduites à une simple bordure endothéliale offrent un caractère embryonnaire. Ailleurs, surtout à la périphérie, ces cellules se disposent en traînées étalées. Vers la profondeur, les îlots cellulaires sont dissociés par l'œdème. Par places, on trouve des cavités d'aspect glandulaire, tapissées par une couche de cellules cylindriques hautes, et qui ne sont que des glandes utérines entraînées au cours de la formation de la tumeur. D'autres formations kystiques résultent du ramollissement du stroma de la tumeur.

En dehors d'îlots cartilagineux, on n'a pas rencontré d'autres éléments hétérotypiques.

OBSERVATION XXXIII

(Becker Minich) *Sarcom hydropicum*. *Beitrag zur geburtshülfe Gynecologie* 1906, Bd 10, fasc. 3, p. 532.

Femme de 34 ans, qui présentait une tumeur en grappe du col, ayant récidivé à des opérations partielles.

Le 3 novembre 1903, on pratique une hystérectomie vaginale. La récédive se produit au bout de quelques mois.

Examen histologique : Sarcome fuso-cellulaire avec îlots cartilagineux.

OBSERVATION XXXIV

(O. Verter et P. Zacher) *Zeitschrift für geburtshülfe et gynécologie*, tome LXX, fasc. I, 1912, p. 171.

C'est une femme de 35 ans, qui a eu six grossesses ; la dernière il y a cinq ans, toutes régulières.

La malade accuse depuis un an et demi un écoulement vaginal purulent et hémorragique, et de l'amaigrissement. Au début de la maladie, elle a subi une opération, mais les symptômes reprirent peu après.

Examen physique : Une tumeur fait saillie hors du vagin, tumeur du volume d'un poing d'enfant. Elle paraît venir de la paroi postérieure du canal cervical. Elle est noueuse, molle, en partie nécrosée. L'utérus est gros, et présente à gauche un nodule dur. La température est de 39°.

On enlève la tumeur. La mort survient le dixième jour.

Autopsie : Utérus volumineux, épaissi, dans la région de l'isthme, où il y a des nodules du volume d'une noisette. La partie antérieure et gauche du museau de tanche est couverte de végétations polypeuses pédiculées. Ailleurs, il est parsemé d'excroissances grisâtres et molles. La paroi postérieure du corps est épaissie par une tumeur enchâssée dans le muscle. Dans le col se trouve une tumeur du volume d'une noix. Sur la muqueuse du canal cervical, il ya des végétations polypeuses. Les ganglions, le long de la veine iliaque gauche et de l'aorte sont augmentés de volume.

Histologiquement : Sarcome à cellules ovoïdes.

OBSERVATION XXXV

Malinowsky. Journal akouchersta, jenskich bolezniĭ
tome XXVII, n^{os} 7, 8, 9, juillet-août 1912, p. 855.

Etude sur sarcomes racémeux du col utérin.

C'est une femme de 20 ans, mariée à 18, ayant eu une grossesse, qui entre à l'hôpital de Kazan le 24 janvier 1911, pour une tumeur vaginale.

Dès le début de son mariage, elle se plaignait de douleurs après le coït, suivi d'hémorragies. Elle s'aperçut de la présence d'une petite tumeur à la vulve. Pendant la grossesse et l'accouchement cette tumeur disparut. Elle reparut, trois mois après l'accouchement. Les hémorragies devinrent violentes. Un médecin, consulté, sectionna cette tumeur. Mais les hémorragies continuèrent, et la malade entra à l'hôpital.

Le col paraît transformé en tumeur d'aspect racémeux, qui naît par une large base sur la paroi postérieure de la lèvre droite. A gauche, au niveau de la commissure de l'orifice externe, se voit une saillie grosse comme une cerise. Le corps utérin est en rétroflexion. Il n'y a pas de lésions annexielles.

Biopsie : Sarcome.

Le 28 janvier : Hystérectomie vaginale. Guérison.
Revue en juillet et août : Pas de récédive.

La tumeur prenait naissance sur la lèvre postérieure de la portion vaginale du col. 5 c/m de longueur. Elle était parsemée de végétations polypeuses rappelant une grappe.

Histologiquement : La portion centrale de la tumeur a la structure du sarcome à cellules rondes. La substance intercellulaire est peu abondante. Par places, on y rencontre des éléments musculaires lisses. Dans la portion périphérique, on ne rencontre ni tissu fibreux, ni fibres musculaires lisses. Les éléments cellulaires ont l'aspect des éléments conjonctifs embryonnaires

ou du tissu muqueux. Dans les mailles du réseau ainsi formé sont disposées des cellules rondes et polygonales. Par places, il y a de la dégénérescence muqueuse et des foyers hémorragiques. Les vaisseaux sont dilatés et abondants. On note des cavités variables, les plus volumineuses généralement situées au centre des formations polypeuses. Quelques-unes sont revêtues d'endothélium, et ne sont que des vaisseaux lymphatiques dilatés. D'autres sont tapissées d'un épithélium, tantôt disposé sur une couche, et formé de cellules cylindriques ou cubiques, tantôt, au contraire, disposé sur plusieurs couches. L'épithélium qui recouvre la face externe de la tumeur est, par places, cylindrique, et à une seule couche, tantôt pavimenteux stratifié. Il n'y a pas de présence de formations hétérologiques.

OBSERVATION XXXVI

(Beckmann 1914). *Contribution à l'étude des tumeurs mésodermiques polymorphes du col de l'utérus.* — *Zeitschrift für geburtshülffe et gynicol.*, tome LXXV, fasc. 3, 1914, p. 566.

C'est une femme de 22 ans, qui entre le 23 décembre 1912, à l'hôpital, parce qu'elle présente depuis quelques semaines des métrorragies.

Au toucher, le vagin est rempli par une tumeur molle, papillaire, friable, venue du col utérin, et dont le doigt peut détacher des fragments mous, rosés ou jaunâtres. L'utérus n'est pas augmenté de volume. On enleva à la curette et aux ciseaux la tumeur vaginale. On cautérisa le col. L'amélioration fut de courte durée. Le 10 février, la tumeur s'était reproduite. On en pratiqua encore l'ablation et la cautérisation. La mort survint le 22 février.

Autopsie : Le petit bassin, surtout à gauche, est rempli par une tumeur qui avait englobé l'ovaire gau-

che. Tous les organes du bassin sont enlevés en bloc, et du vagin s'échappe une masse néoplasique constituée par une vingtaine de polypes. Le corps utérin est indemne.

Histologiquement : Le pédicule de cette tumeur s'insérait sur la partie postérieure et droite du canal cervical. Il y avait infiltration diffuse de la muqueuse du canal cervical.

Le tissu propre de la tumeur était constitué par des cellules rondes et allongées, à gros noyaux, avec mince couche protoplasmique. Dans les régions, où la prolifération cellulaire était moins active, existait une substance intercellulaire par places œdémateuse, par places homogène. Dans les segments polypeux de la tumeur, on trouvait du cartilage hyalin, et des fibres musculaires lisses et du tissu conjonctif. Dans certains points, les îlots cartilagineux présentaient un début d'ossification.

OBSERVATION XXXVII

(Inédite) (M. Rubens-Duval.)

Mme P..., née en 1866, enceinte pour la première fois à 18 ans, pour la dernière fois à 35 ans. A eu quatre enfants nés vivants et trois fausses couches. Toutes les couches ont été bonnes, sauf la dernière, survenue à 35 ans, mais il n'est pas possible de savoir de quelle sorte étaient les difficultés qui ont compliqué le dernier accouchement.

En juillet 1909, elle fut opérée pour des polypes du col de l'utérus.

En octobre 1909, en février 1910, on fit encore l'ablation de polypes.

La malade entra dans le service du professeur Lejars, à l'hôpital Saint-Antoine, qui diagnostiqua une tumeur maligne du col de l'utérus et pratiqua l'hysté-

rectomie le 30 avril 1910. La pièce opératoire fut remise au docteur Rubens-Duval, qui constata qu'il s'agissait d'un sarcome.

Le 25 juillet 1910, une récidue s'était déjà produite au niveau de la cicatrice opératoire, et M. Girode, interne du service, fit l'ablation de végétations, formant une masse de dix centimètres de longueur environ.

Le 2 août, les végétations se sont reproduites et forment au fond du vagin une masse friable qui se désagrège parfois spontanément. Des fragments du néoplasme sont parfois éliminés avec pertes d'eau roussâtre dont la malade est quotidiennement incommodée.

Le 12 août 1910, la masse végétante lobulée et molle atteint de nouveau près de dix centimètres de longueur et remplit tout le vagin.

Il ne semble pas y avoir d'infiltration néoplasique vers l'abdomen. Le toucher vaginal provoque un écoulement de sang extrêmement abondant.

Malgré l'étendue des lésions locales, l'état général est relativement bon, et il n'y a pas d'amaigrissement.

Le 12 août, un curettage du plus gros des masses néoplasiques est rapidement pratiqué et une application de radium est faite par le docteur Rubens-Duval. Deux cent-cinquante milligrammes de radium hydraté (soit 134, 5 milligrammes de radium élément), répartis en plusieurs tubes de Dominici à paroi d'argent, entourés de plomb et de gaze, de manière à former un dispositif à rayonnement filtré à travers deux millimètres de métal et quinze épaisseurs de gaze, sont appliqués pendant 23 heures contre le reliquat de la masse néoplasique. Exprimée en émanation détruite, la dose donnée est de 23 millicuries.

L'examen histologique des fragments ramenés par curettage montre qu'il s'agit alors de chondro-myxo-sarcome.

Le 28 août, une deuxième application de radium est effectuée, identique à la première; et 23 millicuries sont détruits. La masse néoplasique a beaucoup diminué de volume et sa consistance est devenue beaucoup plus ferme. Les écoulements d'eau roussâtre se sont réduits de manière importante.

Le 27 septembre, les pertes ont cessé; la masse néoplasique a continué de se réduire. Un dispositif radifère renfermant 90 milligrammes de bromure de radium hydraté, soit 48,3 milligrammes de radium élément, avec même filtration que lors des précédentes applications de radium, est appliquée au fond du vagin pendant 24 heures, soit 8,6 millicuries détruits.

Le 28 octobre, il n'existe plus au niveau de la cicatrice vaginale qu'une série de petits nodules dont le plus volumineux n'atteint pas les dimensions d'un petit pois. Un dispositif radifère renfermant cent cinquante milligrammes de bromure de radium, soit 80,7 milligrammes de radium élément, toujours avec la même filtration, est appliqué pendant 24 heures contre le reliquat néoplasique, détruisant pendant ce temps 14,4 millicuries.

En novembre, la malade souffre du ventre et ne vient pas se faire examiner à l'hôpital; le 1^{er} décembre, elle demande qu'on aille la voir chez elle, car elle est alitée et souffre beaucoup. L'examen clinique permet de constater alors dans la fosse iliaque gauche une masse volumineuse, grosse comme deux poings, complètement indépendante du vagin, et qui est évidemment une tumeur métastatique développée dans les ganglions de la chaîne iliaque. Contrastant avec cette métastase ganglionnaire massive, l'état local du vagin est absolument parfait : les nodules du vagin sont tout à fait rétractés, devenus scléreux et si minimes qu'il faut les avoir observés antérieurement pour les

retrouver. Le fond du vagin est, du reste, absolument souple et mobile et tout à fait indépendant de la masse iliaque.

L'état général de la malade, mauvais depuis novembre, s'aggrave alors rapidement. Le 6 décembre de l'anurie survient, précédant de peu vraisemblablement le décès de la malade, dont on n'a plus eu de nouvelles.

EXAMENS HISTOLOGIQUES

1° Pièce opératoire du 30 avril 1910.

Un fragment du col utérin a seul été conservé pour l'examen histologique. Sur les coupes de ce fragment, comprenant toute l'épaisseur du col, on voit une infiltration cellulaire qui occupe toute la moitié interne du col, au niveau de l'orifice externe de celui-ci, étant à peu près également étendue au-dessous du revêtement épithélial du museau de tanche, et au-dessous du revêtement endocervical. La limite supérieure de l'infiltration correspond à peu près au point où le revêtement épithélial endocervical cesse d'être pavimenteux pour devenir cylindrique. A un grossissement de 50 diamètres, l'infiltration cellulaire se présente sous forme de petites trainées de cellules sombres irrégulièrement disséminées dans un tissu conjonctif assez abondamment vascularisé.

A un grossissement de 550 diamètres, on constate qu'il s'agit de cellules sarcomateuses provenant de la transformation maligne des cellules conjonctives fixes (fibroblastes). Ces cellules sarcomateuses ont un protoplasma peu abondant et retenant faiblement les réactifs colorants.

Les techniques qui le mettent le mieux en évidence montrent que les cellules sont rarement libres. Le plus souvent, elles sont fusionnées en plasmodes ou

largement anastomosées entre elles en un syncytium à mailles étroites. Les noyaux sont assez régulièrement arrondis ou ovalaires, riches en chromatine répartie sous forme de grains très fins et très nombreux. Les karyokinèses sont peu nombreuses. Ça et là, on note les noyaux pycnotiques de quelques cellules mortifiées isolément, mais il n'y a pas de foyers de nécrose. On rencontre dans la tumeur et au delà dans les tissus voisins un assez grand nombre de mastzelles. C'est, avec quelques rares leucocytes, le seul indice de réaction inflammatoire, réaction provoquée peut-être par la tumeur elle-même, peut-être par une minime infection secondaire surajoutée.

2° Débris ramenés par curettage le 12 août 1910.

Ce sont des bourgeons conjonctifs recouverts d'épithélium pavimenteux, ou exulcérés par places. Dans ces bourgeons, l'aspect de la tumeur est polymorphe. A un grossissement de 50 diamètres, on voit des nodules cartilagineux, du tissu muqueux, des amas de cellules sarcomateuses; il s'agit de chondro-myxo-sarcome.

Les nodules cartilagineux renferment des cellules monstrueuses à noyau bourgeonnant ou à noyaux multiples. Il a été rencontré jusqu'à 16 noyaux dans une seule cellule, et ces noyaux ont été rencontrés dans une seule des coupes qui intéressaient cette énorme cellule.

Le tissu muqueux présente aussi quelques cellules monstrueuses, mais surtout on y voit d'assez nombreuses cellules en voie de cytolyse ou de dégénérescence. Le tissu muqueux est creusé ça et là de cavités remplies de liquide et renfermant un assez grand nombre de leucocytes, surtout de polynucléaires granuleux.

Les amas de cellules sarcomateuses irréguliers sont accolés aux nodules cartilagineux ou se continuent insensiblement par leur périphérie avec le tissu mu-

queux. Les cellules sarcomateuses sont libres ou fusionnées en plasmodes. Les monstruosités cellulaires et les dégénérescences sont nombreuses. Plus nombreuses encore sont les karyokinèses parfois multipolaires.

Les vaisseaux sanguins sont nombreux. La tumeur œdématisée présente une réaction inflammatoire allant par places jusqu'à la suppuration, due à une infection secondaire surajoutée.

Ce cas est intéressant :

Par la rapidité d'évolution du néoplasme ;

Par sa sensibilité au rayonnement du radium ;

Par son type histologique.

OBSERVATION XXXVIII

(Inédite, personnelle). Service du docteur Hugnier.

S. V. 16 ans. Vierge.

Antécédents héréditaires : Le père et la mère sont morts jeunes, de bacilliose. La malade n'a ni frère, ni sœur.

Antécédents personnels : Cette jeune fille n'a jamais été malade. Elle a été réglée à 13 ans. Les règles, toujours abondantes, duraient 4 et 5 jours.

En octobre 1920, la malade, qui avait toujours eu des règles régulières, eut des métrorragies qui durèrent un mois environ.

En juillet 1921, nouvelle métrorragie qui dura 20 jours.

Depuis novembre 1921, les métrorragies réapparurent, presque continuelles, cessant parfois pendant quelques jours, pour revenir ensuite.

La malade n'accusa aucun retard de règles avant ces hémorragies, et n'eut jamais de douleurs.

La malade, chez qui, en ville, on n'avait pratiqué qu'un toucher rectal, entre, le 1^{er} février 1922, à l'hôpital Saint-Joseph pour « métrorragies ».

De fait, la malade perd du sang en abondance par le vagin. La malade, très pâle, décolorée, a un pouls petit, rapide (120), une température de 39°8. Les signes d'une grosse hémorragie sont au complet.

On pratique aussitôt le toucher vaginal. Le vagin est rempli de sang noirâtre, de caillots, parmi lesquels on voit de petites vésicules transparentes et molles, gélatiniformes, ressemblant à des baies de gui ou à des grains de raisin flétri. On sent, sortant du col, une masse bosselée, molle, pâteuse, donnant la sensation de placenta en partie sorti. Les poumons, le cœur, les urines sont normaux.

Après une grande injection chaude, et une désinfection de la région, le docteur Hugnier pratique l'ablation de la tumeur pour arrêter l'hémorragie.

On enlève d'abord à la curette la partie superficielle de la masse, qui est sphacélée et très friable, et de la grosseur du poing, d'odeur fétide, puis avec une pince de museux, on attire, on fait sortir du col, épaissi et ouvert (2 francs), le pédicule de la tumeur, pédicule d'aspect fibreux, de la grosseur du pouce, qui s'insère sur la commissure droite et la paroi droite de la cavité cervicale, et qui porte, appendu à sa surface, un grand nombre de petites vésicules emplissant le vagin et donnant à la masse l'aspect d'une môle hydatiforme ou d'une grappe de raisin. On fait l'ablation de la tumeur, en sectionnant le pédicule et son point d'implantation. Sur la tranche de section, on laisse deux pinces à demeure. L'hystérométrie montre que l'utérus a une profondeur de 4 centimètres. On fait un tamponnement serré. On injecte à la malade du sérum physiologique par la voie veineuse, de l'huile camphrée, de l'adréna-

line. On envoie les fragments de la tumeur, du pédicule avec son point d'implantation, au docteur Rubens-Duval, pour examen histologique.

Le deuxième jour : la température est de 38° le matin, 39°2 le soir. Le pouls reste à 110-130.

Le troisième jour : on enlève les pinces. On change le pansement. La malade n'a pas perdu de sang. Le facies est anémique. La température est à 38° le matin, 40° le soir. Le pouls à 120 le matin, 130 le soir.

Le quatrième et le cinquième jour, la température s'abaisse, tandis que le pouls se maintient à 120-130 pulsations. Des troubles mentaux apparaissent.

On essaya de remonter l'état général par des injections de sérum, d'huile camphrée, par de l'hémostyl.

On se proposait un traitement consécutif : curiethérapie, ou hystérectomie et un traitement par le radium, mais la malade, profondément intoxiquée et très faible, mourut le 6 février.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Sur les coupes histologiques examinées à un faible grossissement, la tumeur se présente sous l'aspect d'un polype formé de grosses masses de tissu conjonctif multilobulées et recouvertes d'un épithélium de revêtement. Celui-ci, cubique, unistratifié, recouvre la surface de ces bourgeons conjonctifs, pénètre dans leurs interstices et forme dans leur épaisseur des cryptes analogues aux cryptes glandulaires du col de l'utérus. Certaines de ces cryptes se transforment en petits kystes contenant une faible quantité de mucus. Par places, l'épithélium de revêtement fait défaut, et la surface du bourgeon conjonctif est exulcérée. Elle est alors enflammée légèrement, ou suppurée, ou même superficiellement sphacélée.

Les formations épithéliales, simple épithélium de revêtement discontinu et petits kystes disséminés çà et là, sont peu importantes eu égard à la masse des bourgeons conjonctifs; il ne s'agit pas de polype glandulaire.

Les bourgeons conjonctifs présentent, surtout là où ils sont exulcérés, des indices de réaction inflammatoire, dilatation et congestion vasculaires, diapédèse de leucocytes, surtout de polynucléaires neutrophiles, migration de mononucléaires et de cellules plasmatiques, assez nombreuses mastzelles. Cependant, la réaction inflammatoire est minime eu égard à l'importance des bourgeons conjonctifs. Elle ne se rencontre guère qu'à la surface de ceux-ci. Il ne s'agit donc pas de bourgeons inflammatoires simples.

En effet, ces bourgeons ne sont pas constitués uniquement par du tissu conjonctif lâche. On y trouve des cordons de cellules pressées les unes contre les autres, cordons parfois fasciculés, et qui font immédiatement songer au sarcome; en outre, on voit des noyaux cartilagineux faciles à reconnaître. Le diagnostic de chondro-myxosarcome se présente aussitôt à l'esprit.

Les noyaux cartilagineux, en petit nombre, et de médiocre étendue, sont tout à fait caractéristiques. Les cellules cartilagineuses nombreuses et serrées les unes contre les autres, ont un ou deux noyaux. La substance fondamentale relativement peu abondante, se teinte de carmin vif par le mucicarmin et de violet rouge par les bleus basiques. Ces mêmes colorants décèlent quelques traces de mucus dans un tissu conjonctif formé de cellules anastomosées en un réticulum à larges mailles et qui, de ce fait, présente quelques caractères du tissu muqueux. Mais les colorants du collagène y mettent en évidence de nombreux faisceaux conjonctifs fins et onduleux. Il s'agit donc surtout de tissu conjonctif lâche.

Dans ce tissu conjonctif lâche, que rien ne ferait soupçonner être un tissu de tumeur, et se continuant avec lui et avec les formations cartilagineuses, on trouve des cordons, des nodules ou des amas irréguliers de cellules indifférenciées de type embryonnaire. Dans certains amas, les cellules sont fusionnées en une masse plasmodiale indivise, dans d'autres, elles sont distinctes les unes des autres, elles tendent à s'allonger, à se grouper en faisceaux. Il s'agit nettement de sarcome embryonnaire dont le type architectural ne paraît pas fixé. Des fibres de collagène se rencontrent en importance variable parmi les cellules sarcomateuses. L'aspect des préparations est donc assez polymorphe, et varie du sarcome embryonnaire pur au fibro-sarcome. En quelques points, les cellules sarcomateuses se disposent autour des vaisseaux et donnent des images qui rappellent les périthéliomes.

Toutes les cellules, malgré leurs divers agencements, nodules sarcomateux, fibrosarcomateux, tissu conjonctif lâche ou muqueux, se ressemblent beaucoup. Elles sont toutes de type, plus ou moins semblable et voisin du type embryonnaire (noyau ovalaire, régulier, finement ponctué de chromatine, protoplasme peu abondant, peu coloré) et l'on se rend compte que toutes sont les éléments d'une même tumeur conjonctive à cellules primitivement indifférenciées et de type embryonnaire, qui évoluent, élaborent une substance fondamentale différente suivant la différenciation secondaire qu'elles subissent et se transforment ainsi en tissu conjonctif muqueux, en tissu conjonctif lâche, fibreux ou cartilagineux, et même en quelques points en cellules musculaires lisses.

Les caractères de néoplasie maligne sont peu accusés; il n'y a pas de karyokinèses nombreuses; il n'y a pas de monstruosité cellulaires. Par contre, il y a des signes de réaction inflammatoire, œdème, suppuration.

Le diagnostic histologique est donc difficile. En certains points, il paraît s'agir de bourgeons charnus inflammatoires; en d'autres le diagnostic de sarcome ou de chondrosarcome est évident.

En surface, prédominent l'œdème inflammatoire et la suppuration; en profondeur, dans l'épaisseur du muscle utérin, là où il est envahi par la tumeur, il s'agit exclusivement de sarcome pur de type embryonnaire plasmodial avec capillaires sanguins embryonnaires eux aussi, et faisant partie intégrante de la tumeur.

CONCLUSIONS

I. — Le sarcome en grappe du col de l'utérus est essentiellement caractérisé par son aspect macroscopique, comparable à une grappe de raisin.

Il débute par des végétations polypifformes sur la muqueuse du canal cervical. Ces végétations molles, prolifèrent, sortent du col, font saillie dans la cavité vaginale, où elles prennent la forme d'une tumeur en grappe.

II. — Il ne présente aucune particularité histologique, qui permette d'en faire une variété spéciale, distincte des autres sarcomes du col. C'est un polype sarcomateux, ayant subi une dégénérescence œdémateuse.

Assez fréquemment, on trouve dans le sarcome en grappe des éléments hétérogènes; en particulier du cartilage et des fibres musculaires striées.

III. — Le sarcome en grappe du col est une affection rare.

Il est relativement fréquent chez les jeunes sujets (16 fois sur 38 observations). On le rencontre parfois chez de tout jeunes enfants; exceptionnellement dans la deuxième enfance. Chez les jeunes, il est surtout signalé au moment de l'apparition des fonctions sexuelles. Le maximum de fréquence se voit à la ménopause. Il est exceptionnel dans la vieillesse.

IV. — Cliniquement, son début est souvent insidieux.

Les premiers symptômes fonctionnels sont des métrorragies abondantes.

Les douleurs sont inconstantes et tardives.

Les troubles de compression apparaissent à la fin de l'évolution.

L'examen physique, au début, révèle la présence de végétations polypeuses molles sortant du col.

Plus tard, il met en évidence une tumeur en grappe s'implantant sur les parois de la cavité cervicale.

V. — Son évolution est rapide : d'une durée moyenne d'un an et demi.

Les métastases sont rares.

L'envahissement du tissu cellulaire du bassin et des parois vaginales est fréquent à la fin de l'évolution.

Chez les jeunes, l'évolution est sensiblement plus rapide, et l'envahissement du vagin souvent noté.

L'envahissement du corps utérin se rencontre surtout chez les femmes âgées.

VI. — Le pronostic est très sombre. Les récidives sont fréquentes.

En raison de sa tendance à rester assez longtemps localisé, le sarcome en grappe aurait probablement un pronostic meilleur, si l'on faisait un diagnostic et un traitement précoces.

VII. — Le diagnostic est souvent difficile. La confusion est fréquente avec les polypes bénins, les adénomes de la muqueuse du canal cervical, la môle hydatiforme, le sarcome en grappe du vagin.

Dans tous les cas, l'examen histologique est indispensable. Pour dépister sûrement les lésions sarcomateuses, il faut prélever plusieurs fragments dans les diverses portions du néoplasme.

VIII. — Le traitement curatif consiste dans l'hystérectomie abdominale totale élargie, après ablation de la tumeur par la voie vaginale.

La curiethérapie employée dans un seul des cas signalés, a donné une régression cliniquement complète du néoplasme. Employée tardivement, elle ne

put empêcher le développement d'une métastase profonde. Il est logique de conclure que, pratiquée précocement, suivant une bonne technique, elle donnerait un résultat meilleur.

Il est permis de penser, qu'on pourrait associer avec avantage, le traitement chirurgical à la curiethérapie.

Dans les cas inopérables, la curiethérapie est le meilleur des palliatifs.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

LECENE.

Vu et permis d'imprimer:

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPEL.

BIBLIOGRAPHIE

AHLFELD. — Arch. f. gyn. Bd VII, 1875 p. 301.

ANDERSON ET EDMONDSOHN. — Nord méd. Ark 1869
Bd 1 n° 4.

BETTINGER. — Thèse Paris 1908, sarcome du col.

BECKMANN. — Contribution à l'étude des tumeurs mèsodermiques polymorphes du col de l'utérus (Zeitschrift für geburtshülfe et gynécologie, tome LXXV, fasc. 3-1914, p. 566.)

BECKER MINICH. — Sarcom hydopicum. Beitrag für geburtshülfe et gynécologie 1906, Bd 10, fasc. 3.

EMMET. — Amer. j. f. obst. 1902, p. 388.

GAYMANN. — Thèse Paris 1893, sarcome en grappe.

KELLY. — Traité de gynécologie.

KLEINSCHMIDT. — Arch. f. gyn. Bd CXXXIX, p. 1.

KUNERT. — Arch. f. gynéc. 1874, Bd VI, p. 113.

KUNITZ. — Dissert. Berlin 1883, p. 34.

LE DENTU. — 1904. Cliniques chirurgicales.

MALINOWSKY. — Etudes sur les sarcomes racémeux du col utérin, *Journal akouchersta, i jenskich bolézniei*, tome XXVII, N°s 7, 8, 9 juillet-août 1912, p. 855 et 11-21.

MICHEL ET HOCHÉ. — Revue de gynécologie 1903.
Chondrosarcome en grappe du col utérin.

MÜLLER. — 1887. Arch. f. gynéc. Bd LXXX, p. 249.

MUNDÉ. — 1889. Amer. J. of obst., tome XXII.

OZENNE. — 1893. Revue obst. et gynéc. 1894, tome X.

PERDRIGE. — Thèse Paris, sarcome utérus, 1911.

- PERNICE. — 1888. *Virchow's Arch.* Berlin Bd CXIII.
- PFANNENSTIEL. — *Virchow's Archiv.* 1892. Bd CXXVII, 127, p. 305.
- PICK. — 1894. *Arch. f. gynec.* Bd XLVI, p. 191.
- PICQUAND. — Sarcome en grappe du col. *Revue gynécologie* 1905, p. 579 et 838.
- PROUST ET BENDER. — Société anatomie 1909.
- PUECH ET MASSABUAU. — Tumeur en grappe du col utérin. *Annales de gynécologie et d'obstétrique* 1908, N° 5, p. 306.
- REIN. — 1880. — *Arch. f. gynécol.* Bd XV, p. 187.
- RICHTER. — In Dissert, greifswald 1892.
- SCHMIDT. — *Americ. J. of. obstetr.* Bd XVI, p. 555.
- SPIEGELBERG. — 1879 et 1880. *Arch. f. gynécol.* Bd XIV 178 et Bd XV p. 437.
- THIEDE. — Zeitschrift, geburtshülfe et gynécologie 1877.
- THOMAS. — 1880. *Traité maladies femmes Lutaud*, p. 476.
- VERTER ET ZACHER. — 1912. *Zeitschrift für geburtshülfe et gynécol.*, tome LXX, fasc. I.
- VAN BURREN KNOTT. — 1901. — *Annals of Surgery.*
- VON FRANQUÉ. — *Zeitschrift f. geb. et gyn.* 1899, p. 181.
- WEBER. — 1867. *Virchow's Archiv* Bd XXXIX, p. 216.
- WINKEL. — *Lehrbüch der Franenkrankheiten* 1890, p. 482.
- WINKLER. — 1883. *Arch. f. gynécol.* Bd XII, p. 312.
- WILLIAMSON. — Société d'obst. de Londres 1905.

